

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

THESE

POUR

N° 169

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François LE MEN

Né le 26 Septembre 1921, à Callac (Côtes-du-Nord).

Présentée et soutenue publiquement le 23 FEV 1949 19..

LA

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE MODERNE

DANS LA MALADIE

DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

Président : M. DE GENNES, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, RUE DEPARCIEUX, 29

1949

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **LE MEN.**

Prénom : **François.**

Date de soutenance :

Numéro d'ordre :

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

LE MEN (François). — La thérapeutique médicale moderne dans la maladie des ulcères gastro-duodénaux. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 47 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

LE MEN (François). — La thérapeutique médicale moderne dans la maladie des ulcères gastro-duodénaux. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 47 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

LE MEN (François). — La thérapeutique médicale moderne dans la maladie des ulcères gastro-duodénaux. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 47 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

LE MEN (François). — La thérapeutique médicale moderne dans la maladie des ulcères gastro-duodénaux. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 47 p.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

François LE MEN

Né le 26 Septembre 1921, à Callac (Côtes-du-Nord),

Présentée et soutenue publiquement le 19..

LA

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE MODERNE

DANS LA MALADIE

DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

Président : M. DE GENNES, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE R. FOULON

29, RUE DEPARCIEUX, 29

1949



DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillain, Hartmann, Heitz-Boyer, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombrédanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN. Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSEESSEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique.	LEROUX (R.)
Assistance Médico-Sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale.	VERNE (J.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Cliniques chirurgicales	BROCQ (P.)
	CADENAT (F.-M.)
	MONDOR (H.)
	QUENU (J.)
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	N...
Clinique chirurgicale orthopédique	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique gynécologique	MOCQUOT (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT (H.)
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T.)
Cliniques médicales	BENARD (H.)
	LAROCHE (G.)
	HARVIER (P.)
	LIAN (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL (P.)
	LEVY-SOLAL (E.)
	PORTES (L.)
	VELTER (E.)
Clinique ophtalmologique	LEMAITRE (F.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL (E.)
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIETY (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (G.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)

MM.

Parasitologie et histoire naturelle médicale	GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale.	MOREAU (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie.	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Rhumatologie.	COSTE (F.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. BULLIARD (*Histologie*), CORDIER (*Anatomie*), DOGNON (*Physique médicale*), HALPHEN (O. R. L.), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

Anatomie	{ N... DELMAS. N. et DEBEYRE.
Anatomie pathologique	{ DELARUE Mlle GAUTHIER- VILLARS.
Bactériologie.	{ BONNET. FASQUELLE.
Biochimie méd.	{ ETTORI. SCHAPIRA.
Dermato- syphillographie.	DEGOS.
Histologie	{ COUJARD. DESCLAUX.
Hydrologie	DEBRAY.
Hygiène	{ BOYER. DEPARIS.
Médecine légale	DEROBERT.
Neuro-chirurgie	PUECH.
Neurologie ...	DE SEZE.
Obstétrique ...	{ DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.
Ophthalmologie ..	OFFRET.
Oto-rhino- laryngologie ..	AUBIN.
Parasitologie ..	BRUMPT L.-G.
Pathologie chirurgicale.	{ FEVRE. HUGUIER. LEGER.

MM.

Pathologie chirurgicale. .	{	PADOVANI.
		PATEL.
		ROUX.
		RUDLER.
		SICARD.
		N...
Pathologie expérimentale.		MERKLEN.
Pathologie médicale . . .	{	BROUET.
		CACHERA.
		DECOURT.
		DREYFUS (Gilbert).
		FAUVERT.
		GARCIN.
		HAMBURGER.
		KOURILSKY.
		LAMY.
		LENEGRE.
		MARCHAL.
		MAURIC.
SOULIE.		
Pédiatrie	{	LAPLANE.
		MARIE (Jullen).
Pharmacologie .		CHEYMOL.
Physiologie ...	{	BARGETON.
		PARROT.
Physique médicale		DJOURNO.
Psychiatrie ...		BARUK.
Thérapeutique Agr. ch. d'ens. .		BROUET.
Urologie		COUVELAIRE R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
GATELLIER (*Clinique chirurgicale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

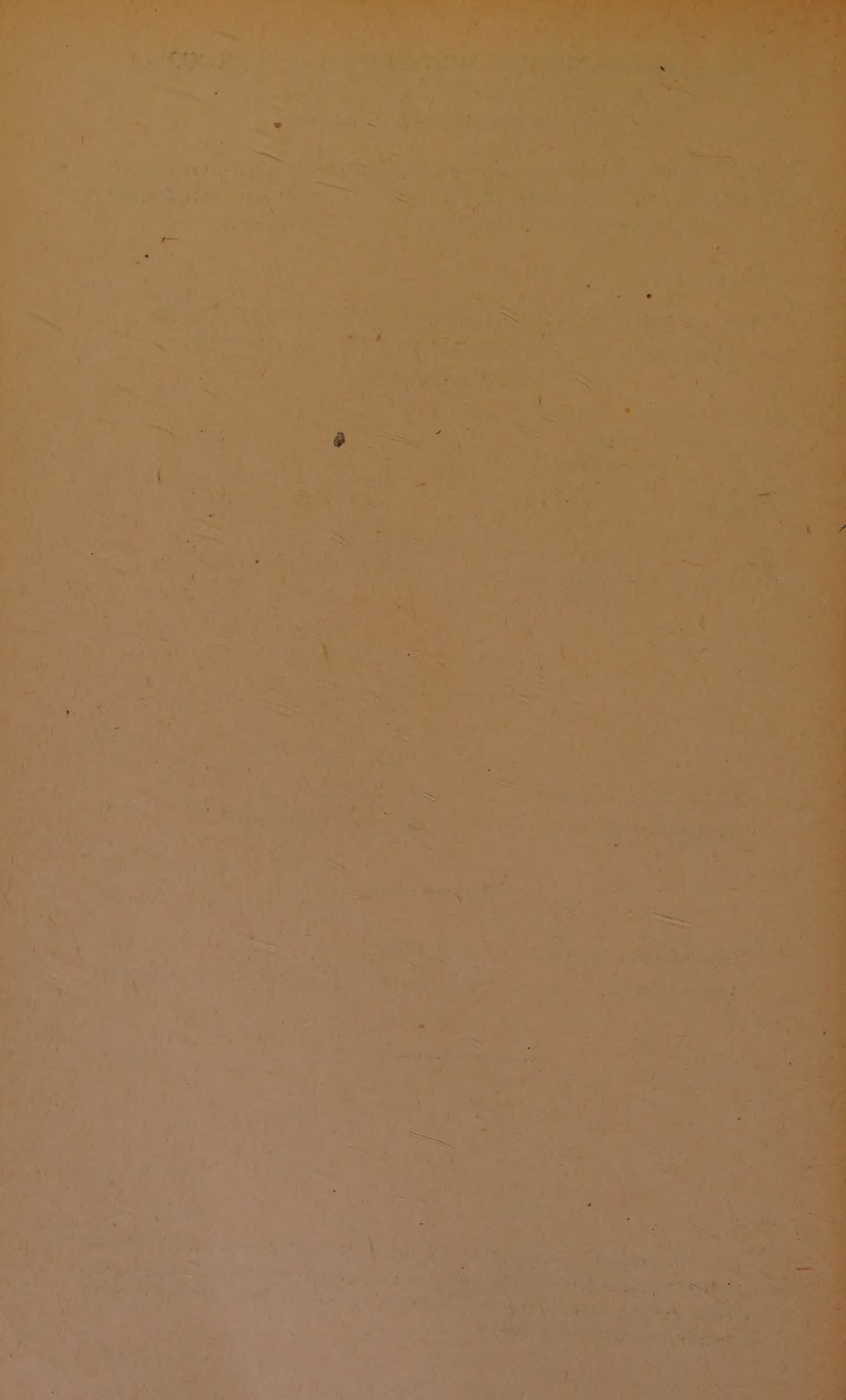
MM.		MM.	
Clinique chirurgicale	{	Clinique obstétricale	{
Clinique médicale	{	Clinique ophtalmologique	{

MM.

Secrétaire de la Faculté J. MOREL.
Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL.

Bibliothécaire en Chef .. D^r A HAHN.
Bibliothécaires Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MA MERE

A MON PERE

Dont les sacrifices, le dévouement, la tendresse infinie, m'ont permis de mener à bien mes études.

Qu'ils trouvent dans ce travail un faible témoignage de ma profonde gratitude et de mon affection.

A LA MEMOIRE DE MON FRERE

*Mort en déportation au camp
de Ravensbrück.*

*Dont la vie a toujours été pour
moi un exemple, et dont je gar-
derai un souvenir impérissable.*

A MA FAMILLE ET A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR DE GENNES

Professeur de la Chaire
de Pathologie et Thérapeutique Générales
À la Faculté de Médecine de Paris
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
cette thèse.*

Hommages respectueux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MARQUIS
Directeur de l'Ecole de Médecine de Rennes

En respectueux hommage.

A TOUS MES MAITRES
DE L'ECOLE DE MEDECINE DE RENNES

INTRODUCTION

En présence *des cas* de plus en plus *fréquents* des ulcères gastro-duodénaux, dont la pratique hospitalière nous apporte de nos jours le bilan quotidien, nous avons pensé qu'il serait utile d'analyser les moyens de *traitement médical actuel* qui puissent, sinon enrayer le mal, du moins l'atténuer, *faire éviter la douleur inutile* aux sujets atteints des ulcères gastro-duodénaux, reculer pour certains les frontières de l'acte chirurgical, quelquefois difficile à réaliser faute de résistance générale de l'organisme et l'appréhension, bien compréhensible, des malades.

Aussi, dans notre travail sur *l'application de la thérapeutique médicale moderne* à la maladie ulcéreuse gastro-duodénale, nous pensons, sans nier l'utilité des anciennes médications, ayant donné largement leurs preuves, fixer notre attention, plus spécialement, sur *les remèdes modernes*, misant sur leurs avantages et leurs inconvénients, dans la lutte avec les ulcères gastro-duodénaux.

Dans cet arsenal *des médications modernes*, chaque pays apporte le patrimoine des efforts scientifiques de ses savants, de ses chercheurs, dans la lutte avec le mal ulcéreux gastro-duodénal et, c'est sur cet effort que nous allons nous pencher.

HISTORIQUE DE LA QUESTION

De l'énorme matériel épars de l'étude de la *maladie ulcéreuse gastro-duodénale*, nous relevons quatre *phases successives* :

La première phase comprend la description de l'ulcère faite en 1830 par CRUVEILHIER et, c'est ainsi que « l'ulcère gastrique » ou « l'ulcère rond » de l'estomac apparaît sur la scène de la pathologie humaine.

En 1887, BUCQUOY fait une nouvelle lumière sur l'existence de l'ulcère *duodéal simple*. L'auteur le décrit avec minutie dans un mémoire et le considère comme une maladie assez rare.

Dès le début du *xx^e* siècle, les frères MAOYOT, des Etats-Unis, MAYO-ROBSON et MOYNIHAN, de Grande-Bretagne, reconnaissent la fréquence de l'*Ulcère duodéal*, ce qui est confirmé en 1910 par les rapports de RICARD et PAUCHET, au Congrès Français de Chirurgie.

Cependant, ces auteurs décrivent une forme d'ulcère déjà connue et étudiée par SOUPAULT et HARTMANN sous le nom d'*ulcère juxta-pylorique*, avant les auteurs américains et anglais, mais ces derniers ont le mérite d'avoir mis en évidence la fréquence du siège *duodéal* de l'ulcère.

Dans la *seconde phase* de l'étude sur les ulcères, la précision devient plus nette : grâce à l'impulsion de nombreux travaux dans ce domaine, les auteurs distinguent :

- 1) *l'ulcère gastrique*;
- 2) *l'ulcère duodénal*, en divisant cette dernière affection en deux groupes :
 - a) *ulcère duodéno-pylorique*;
 - b) *ulcère duodénal vrai*.

La troisième phase dans l'évolution des idées médicales sur la question de l'ulcère subit une certaine simplification : on ne distingue plus que deux formes :

- 1) *l'ulcère gastrique*;
- 2) *l'ulcère duodénal*.

Les travaux de Louis RAMON démontrent que la séméiologie de la *forme duodéno-pylorique* est, à peu près, identique à celle de *l'ulcère gastrique à siège pylorique*.

Dans la quatrième phase de l'étude des ulcères, on finit par les envisager dans leur ensemble, comme *ulcères gastro-duodénaux*, étant donné que la clinique est impuissante de préciser, elle-même, le siège exact de l'ulcération, et c'est ainsi que se pose la question de nos jours.

La radiologie et la gastroscopie viennent en aide pour ce genre de précision aux données cliniques.

Ainsi, on constate qu'il existe une maladie du type *ulcéreux* qui atteint l'estomac ou le duodénum en y prenant place, dont le siège est variable suivant le cas, suivant le malade, on pourrait dire, n'ayant rien de prévu, de classique, ni dans son apparition, ni dans ses symptômes, ni dans son évolution.

On est amené à considérer comme *syndrome ulcéreux simple* la manifestation de *l'ulcère gastrique ou duodénal*, cette maladie fréquente, apparaissant d'emblée, non identique à elle-même chez tous les malades, souvent, sans triade symptomatique de Cruveilhier (douleurs, hémorragies, vomissements).

Et ce sont, en clinique, ces formes incomplètes, les plus connues.

Il faut s'attendre à *leur variabilité infinie*; ainsi, si nous avons parlé, plus haut, d'un début brusque dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale, nous avons vu, dans la pratique hospitalière des cas à début lent, insidieux, durant des mois et des années, aussi est-il difficile de décrire un mal plein d'imprévu, de classer ses symptômes, d'aligner dans un ordre précis son évolution, codifier son diagnostic, mais essayons cependant.

LA MALADIE ULCÉREUSE GASTRO-DUODÉNALE

L'étude de ce syndrome doit être faite, d'après notre estimation, dans l'ordre de fréquence de son apparition, ce qui nous éloigne un peu de la classification, bien alignée de nos anciens, et, pourtant, quand on analyse de près la question, les mêmes descriptions, merveilleusement bien observées, mais différemment interprétées, sont la base de notre savoir d'aujourd'hui; la terminologie n'a guère changé et les nouvelles notions, suite des nouvelles acquisitions scientifiques, se trouvent bien « en famille » avec l'expérience des aînées. La radioscopie, la radiologie n'y font pas figure de « parents pauvres », mais elles sont de très précieuses aides de la même famille clinique examinatoire.

Aussi, nous commençons l'étude du *syndrome douloureux de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale*, comme celui qui est le plus fréquent et pour lequel nous sommes le plus souvent consultés.

Ce tableau assez typique est caractérisé par un début brusque de *la douleur* et son évolution par périodes plus ou moins espacées : ces poussées douloureuses ont une durée variable : quinze jours et plus.

La douleur des malades se manifeste tous les jours pendant cette crise : elle est localisée, souvent dans le creux épigastrique, mais son siège n'est pas possible à déceler quelquefois, si on examine les sujets au moment d'une crise : ils se contractent et, organisme

sur la défensive, mettent le clinicien sur des fausses pistes, bien malgré eux.

Cette douleur prend des allures diverses : elle est post-prandiale, tardive (quatre heures et plus) après le repas; ses manifestations varient avec les sujets : tantôt ce sont des brûlures ou bien des crampes, tantôt c'est un sentiment aigu d'un coup de couteau en plein estomac; elle s'irradie souvent vers le sternum, vers la colonne dorsale lombaire, vers l'hypochondre.

Cette douleur est calmée par l'ingestion des aliments (par exemple, le pain) ou la prise des alcalins.

Ce syndrome douloureux peut durer, comme nous l'avons spécifié, des semaines, des mois, des années, rendant les malades inaptes à tout travail suivi, à toute activité réelle, influençant leur psychisme et leur attitude changeante, instable, les rend malheureux, se reflétant aussi sur leur entourage.

Ces symptômes s'associent avec perte d'appétit fréquente, état général stationnaire ou déclinant, *sans symptômes de vomissements, ou d'hématémèses* (complètement absents dans bien des cas).

Dans la forme douloureuse de cet ulcère gastro-duodénal, il y a cependant deux points à relever : *fixité de la douleur et fixité de son horaire.*

L'examen clinique s'avère impuissant à préciser le diagnostic de la maladie.

Le chimisme stomacal est cependant modifié : il existe une *hyperchlorhydrie*, seule ou associée à l'*hyperpersécrétion gastrique*. L'examen du malade à jeun, sondage, cathétérisme, précisent son état.

La radioscopie et la radiologie présentent souvent un tableau significatif : niches, images diverticulaires, encoche sur la grande courbure avec l'estomac biloculaire, image étoilée, image « en trèfle », etc... Mais,

il arrive, que sauf légère dilatation de l'estomac et stase gastrique, rien de révélateur, tant soit peu précis, ne se voit pas.

De ce tableau désillusionniste, nous devons quand même conclure à la nécessité d'une thérapeutique qui pourrait atténuer la souffrance du malade et, avec patience, continuer nos investigations sur son cas, quitte à changer le traitement, en ayant des nouvelles données en mains.

Parmi d'autres formes des ulcères gastro-duodénaux, dans l'ordre de fréquence, citons *la forme dyspeptique*, avec ses douleurs atténuées, incertaines, variables dans la nature et l'horaire, que certains auteurs nomment « la diathèse ulcéreuse ».

Ici, également, les résultats des examens cliniques, radioscopiques, radiologiques et du chimisme stomacal sont d'une telle imprécision et variabilité d'un malade à l'autre, qu'il nous est plus utile d'en évoquer, en leur lieu, les cas observés.

Dans *les formes hémorragiques des ulcères gastro-duodénaux*, les auteurs modernes distinguent *des formes pures*, strictement hémorragiques, et *des formes mixtes*, avec association de l'élément douleur à l'hémorragie; pour GUTMANN, à la lisière de ces deux formes se trouve *la forme anémique*.

Il arrive que les formes hémorragiques mixtes des ulcères gastro-duodénaux sont associées avec *les formes vomitives* ou avec de simples moelena.

D'autres auteurs nous indiquent encore *des formes larvées hémorragiques syncopales* ou *formes larvées également hémorragiques*, mais *sans syncope*.

Nous citons, par ordre de fréquence, toute cette variabilité de formes des ulcères gastro-duodénaux, estimant que leur symptomatologie est assez explicite

par leur dénomination et nous réservant, au lieu d'en parler dans l'abstrait, de résumer les cas vus de ces modalités d'ulcères, ce que nous tâcherons de faire plus loin.

Pour terminer avec les formes cliniques des ulcères gastro-duodénaux, évoquons une forme classique de cette maladie avec sa triade symptomatique : douleur, hémorragies, vomissements et précisons que cet ensemble des symptômes dans l'ulcère gastro-duodéal se rencontre quelquefois, mais plus souvent, comme la forme dont nous n'avons pas encore mentionné l'existence, la forme vomitive des ulcères gastro-duodénaux, ainsi que des syndromes ulcéreux compliqués de ce mal (voir diagnostic différentiel).

Nous avons exposé « grosso modo » les formes cliniques de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale, mais nous avons surtout parlé de l'élément « douleur » ; disons quelques mots sur les deux autres éléments de la classique « triade » : hémorragies et vomissements.

Dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale, les hémorragies, dont bien des auteurs soulèvent la gravité, sont variables dans leur intensité, ou même manquent totalement.

Du simple suintement sanguin de couleur de suie, ou de marc de café, révélable dans les selles par l'examen microscopique, à une intense hémorragie spectaculaire, la marge est grande.

L'hématémèse venant, après un court séjour, dans l'estomac garde sa couleur vivace, rouge-vermillon, son entrée en scène est précédée de pâleur du faciès, de nausées, avec sensation de chaleur ou de pesanteur dans le creux épigastrique, de vertiges, de bourdonnement d'oreilles et de tendance à la syncope. Les hématomèses se produisent, de préférence, soit après les

repas, soit à cause d'un effort, ou bien par autre incident d'ordre imprévu.

Les hémorragies ulcéro-gastro-duodénales se rencontrent chez la femme souvent pendant ses règles; l'ulcération des artères spléniques et coronaires peuvent provoquer, chez un gastro-duodéno-ulcéreux, *une hématomérose* foudroyante, avec mort subite.

Le troisième élément connu de la triade classique des ulcères gastro-duodénaux, c'est *le vomissement*.

Les vomissements dont souffrent certains malades sont à combattre énergiquement, non seulement comme un symptôme épuisant le sujet en vains efforts pour rendre les aliments absorbés, mais le déprimant moralement par la peur même de manger, ce qui l'épuise et l'anémie.

Les vomissements, dans la *maladie ulcéreuse gastro-duodénale*, s'ils existent, surviennent immédiatement après les repas, ayant alors un caractère alimentaire et, après leur apparition, sitôt l'estomac évacué, font cesser immédiatement la crise douloureuse.

Dans la journée, en dehors des repas, les vomissements peuvent se signaler et alors, ils sont muqueux, abondants, dus à la surproduction de la pepsine et de l'état inflammatoire de la muqueuse gastrique.

En dehors de ces deux types de vomissements au cours des ulcères gastro-duodénaux, il peut simplement se manifester chez les malades *un état nauséux* à divers degrés, nuancant leur résistivité personnelle au mal; quelquefois même, ces sujets passent par de véritables périodes d'intolérance gastrique, pendant lesquelles toute alimentation, même liquide, devient impossible, ce qui aggrave l'état général, physiquement et psychiquement, des malades.

Les complications des ulcères gastro-duodénaux sont nombreuses : citons, parmi les plus importantes, auxquelles nous serons peut-être obligé de faire face soit par une intervention d'urgence, comme transfusion, ou acte chirurgical : *la perforation, l'hémorragie foudroyante et l'anémie grave*, résultant des hémorragies répétées. Suivant le cas et les circonstances, nous agirons en toute connaissance de cause.

N'oublions pas, dans ce tableau clinique des ulcères gastro-duodénaux, comme *complication tardive*, consécutive à la cicatrisation du processus ulcéreux, *des rétrécissements orificiels*, portant sur certains segments de l'appareil digestif, de préférence, sur le cardia ou le pylore.

La perforation peut se faire dans le péritoine ou les organes avoisinant l'ulcère, par exemple, le gros intestin (fistule gastro-colique), le diaphragme (abcès phrénique-sous-pneumothorax), le péricarde (pyo-hémopéricarde), le cœur (hémorragie foudroyante).

Si la perforation de l'estomac atteint *le péritoine*, elle peut donner suite à *une péritonite généralisée ou enkystée*.

Cette *perforation* est produite soit, par *cause mécanique*, comme un effort, un accès de toux, un vomissement, soit par une *cause inconnue*, ou qui échappe à notre investigation.

La radioscopie nous sert alors de guide : elle montre deux poches liquides gastriques, ayant chacune sa ligne de niveau et le liquide, que nous introduisons par la sonde pour obtenir cette image, ne ressort pas.

Cette réalisation de l'estomac biloculaire par la radioscopie est surtout nette dans le cas de *cicatrice de l'ulcère*, qu'il ne faut pas confondre avec l'image

de l'estomac biloculaire spasmodique en encoche profonde du côté de la grande courbure, la petite pouvant rester normale.

Le diagnostic de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale, comme il nous fut possible de le constater d'après la *symptomatologie* sommaire, nécessairement de par la divergence et la multiplicité des signes cliniques, variant d'un individu à l'autre, *ce diagnostic*, disons-nous, est assez délicat à établir et peut reposer seulement sur *des éléments essentiels* du mal : les *caractères de la douleur*, sa fixité et son exaspération, ou son accalmie, par ingestion des aliments, sur *l'hyper-acidité stomacale*, vérifiable par des examens appropriés du laboratoire et sur les *hématémèses*.

Le diagnostic différentiel des ulcères gastro-duodénaux nous met en éveil devant la *gastralgie des hyperchlorhydriques*, sans hématémèses, sur les *crises gastriques du tabès* (signe de Romberg, abolition des réflexes pupillaires, etc...), le *cancer* (hypochlorhydrie, cachexie, œdèmes, etc...), dont la limite du passage évolutif de l'ulcère, ou greffe sur l'ulcère est très délicate à déceler à son début; la *colique hépatique* peut aussi être confondue avec le syndrome « douleur » de l'ulcère gastro-duodénal, surtout par son siège au voisinage de l'ombilic, sous le rebord costal droit, en s'irradiant vers l'épaule droite, mais l'hyperchlorhydrie manque à l'examen du liquide vomi.

Les anciens auteurs décrivent *quelques différences* entre les ulcères de l'estomac et du duodénum pour préciser le diagnostic des ulcères gastro-duodénaux; nous le citons, en passant, à titre de documentaire patient et minutieux.

Ainsi, dans l'ulcère du duodénum, le siège de la douleur diffère de celui de l'ulcère de l'estomac : il

est plus à droite de l'ombilic et l'apparition de la douleur est plus tardive dans le cas de l'ulcère du duodénum que dans celui de l'estomac.

Les vomissements sont plus rares, si l'ulcère siège sur le duodénum, les moelénas sont plus fréquents.

Nous ne continuons pas cette description détaillée du *diagnostic différentiel*, établi par les traités classiques anciens, entre les ulcères duodénaux et gastriques, et nous signalons, simplement, du même domaine, qu'on peut aussi *méconnaître un ulcère gastro-duodénal* en le prenant pour *une névralgie intercostale, une névropathie, l'hystérie*, ou commettre des erreurs inverses, comme dans le syndrome des vomissements des hystériques, ou urémiques, ou des hématomatèmes dans les cirrhoses au stade pré-ascitique.

En résumé, le diagnostic précis du siège, comme de l'existence de l'ulcère gastro-duodénal peut se faire par la « scopie » ou la radiographie, la clinique donnant trop de preuves, ou pas assez.

L'évolution de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale prend souvent une *allure chronique*, avec périodes d'accalmie, pseudo-guérison, rémission, poussées et crises douloureuses, et ceci, durant des années, ou bien guérir définitivement, soit par une intervention chirurgicale, soit par une thérapeutique médicale appropriée.

Nous avons parlé plus haut des inconvénients des *lésions cicatricielles*, qui subsistent après la guérison de l'ulcère gastro-duodénal, insistons encore une fois sur la possibilité fréquente des *apparitions des cancers* sur ces brides cicatricielles.

La guérison de l'ulcère gastro-duodénal peut se confirmer par la disparition de sa localisation doulou-

reuse et par la disparition de l'hyperchlorhydrie, mais le praticien doit être toujours sur la défensive et se méfier des *récidives* des ulcères gastro-duodénaux, de leur *transformation*, par greffes, en *cancers* et de *multiples autres complications* prévues ou non prévues, à surveiller.

Le pronostic de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale dépend de la cause même du mal.

Cette étiologie des ulcères est fort mal connue et prête à diverses explications plus ou moins véridiques.

Comme causes des ulcères gastro-duodénaux furent évoquées : les *intoxications*, par exemple, ingestion d'alcool, d'acides, d'alcalis et de sublimé, etc...; les *auto-intoxications*, comme la goutte, l'urémie, les cirrhoses, les brûlures, etc...; les *infections ou maladies parasitaires* (fièvre typhoïde, syphilis, tuberculose).

D'autres auteurs évoquent comme causes de l'apparition des ulcères : les *causes nerveuses* (*hystérie, surmenage intellectuel*, etc...).

Les causes endocriniennes semblent recevoir une confirmation dans le traitement actuellement réalisé avec succès par des glandes endocrines.

Les causes vasculaires, plus spécialement cardiaques, furent énoncées et, enfin, des causes d'origine inconnue, celles-là, les plus nombreuses et les moins vérifiables, ce sont : des écarts de régime, une vie déréglée, abus du tabac, des boissons, des alcools, des mets épicés, etc...

La pathogénie des ulcères gastro-duodénaux est faite d'hypothèses; jetons-y un rapide coup d'œil :

ROKTANSKY dit que l'ulcère est le résultat d'un

infarctus par stase veineuse, une thrombose en rapport avec des lésions athéromateuses des artères gastriques.

Pour VIRCHOW, l'ulcère résulte d'une embolie des lésions valvulaires du cœur. Parmi d'autres auteurs, citons encore les noms de BROWN-SÉQUARD et SCHIFF, qui constatèrent l'apparition des lésions ulcéreuses gastro-duodénales dans l'atteinte lésionnelle des centres nerveux. On a observé la production des ulcères comme suite de crises d'hystérie, de la section des pneumogastriques, etc...

LAVERAN accuse à la formation des ulcères gastro-duodénaux la gastrite interstitielle, et LETULLE leur attribuait l'origine infectieuse, car il a trouvé des colonies microbiennes sur les bords de certains ulcères, comme suite d'une maladie antérieure.

Cependant évoqués par cette multitude de mécanismes, les ulcères gastro-duodénaux ont une tendance générale à se cicatriser, sans prendre cette allure souvent chronique, ce qui est le cas pour l'appareil digestif, plus spécialement pour l'estomac et le duodénum.

Le chimisme des ulcéreux gastro-duodénaux décèle une hyperchlorhydrie avec ou sans hyper-sécrétion; il est probable que ce soit cette hyperpepsie, liée aux altérations glandulaires qui permet l'évolution de l'ulcération gastrique, l'empêchant de se cicatriser et, à l'appui de cette hypothèse serait le fait, que l'ulcère se localise le plus souvent à l'estomac, au pylore, au niveau de l'extrémité inférieure de l'œsophage et de l'extrémité supérieure du duodénum.

La stase du suc gastrique ne paraît pas être étrangère à la formation de l'ulcère gastro-duodénique. Pour d'autres auteurs, se seraient les résultats et non la cause des ulcérations.

Il en est qui accusent le *manque de résistance de*

la muqueuse gastrique contre l'auto-digestion, ainsi, le terrain serait en défaut.

PAVY nous parle de l'*alcalinité du sang* et de l'*anémie* pour retarder le processus de cicatrisation ulcéreuse par manque de l'antipepsine ou par suppression du reflux alcalin du pylore, à la suite de quoi la muqueuse stomacale n'est point protégée contre l'action du suc gastrique acide.

LENOIR et RICHTER estiment que la formation de l'ulcère gastro-duodénal est due à une *insuffisance hépato-rénale*, se manifestant dans une glycosurie alimentaire, l'urobilinurie, le retard dans la coagulation sanguine et l'élévation du taux de l'azotémie.

Comme nous le voyons de cet exposé sur la maladie ulcéreuse gastro-duodénale, il est difficile d'arrêter notre choix sur tel ou tel autre traitement que la pharmacopée, de nos jours, nous propose avec plus ou moins de garanties; nous estimons cependant que, vu la fréquence de ce mal, il est utile de s'armer contre lui avec tous les moyens que la thérapeutique moderne, basée sur de nombreuses expériences, met à notre disposition.

Bien naturellement, au cours de nos stages hospitaliers, nous n'avons pas eu l'occasion de voir appliquer tous les traitements modernes connus, mais nous en parlerons quand même, car les noms des auteurs qui les présentent nous sont d'une garantie probante et sûre.

TRAITEMENT MÉDICAL DES ULCÈRES GASTRO-DUODÉNAUX

C'est une moisson de désillusions qui fait « le desin-fond » de la thérapeutique médicale de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale, grâce à sa pathogénie, pour le moment mystérieuse, aussi, ne pouvant nous prononcer sur ce problème complexe, allons-nous droit au but, qui est le traitement de ce mal.

Quelle que soit la cause qui provoque *l'ulcère gastro-duodéal*, il est un fait certain sur lequel les divers auteurs sont d'accord : c'est *l'action du suc gastrique, pepsine-acide chlorhydrique, qui est à l'origine de cette maladie.*

L'ulcère gastro-duodéal est, comme nous le savons, une affection à tendance chronique, évoluant par poussées aiguës avec des périodes de rémissions, *le médecin traitant ne doit jamais laisser son malade sans surveillance et contrôler son état de santé d'une façon régulière*, même en dehors des périodes d'activité ulcéreuse active; de ce fait, il arrive qu'il peut prévenir la rechute, améliorer les possibilités de guérison, les précipiter. Cette attention continuelle, dirigée vers la santé du malade, permet au clinicien, non seulement de bien connaître son comportement, ses réactions, son ambiance et ses possibilités matérielles de se soigner, mais, au moment des rémissions, prescrire à son malade une *diététique* stricte, pas trop sévère cependant,

et toute fondée précisément sur l'étude antérieure du sujet soigné.

Tout en interdisant une alimentation acide, irritante, on insistera sur l'usage du beurre frais, de la vitamine A, dont l'action cicatrisante paraît être favorable dans l'ulcère gastro-duodéal.

Dans la *pleine activité évolutive* de la maladie, on sera obligé quelquefois, selon son intensité, de faire mettre le malade au lit, au repos complet durant quinze à vingt et un jours, en le soumettant, pendant quatre à cinq jours au régime, composé de laitages et purées, mais, après ce laps de temps, pour ne pas trop affaiblir le malade, on élargira la composition de ses repas progressivement, en évitant la surcharge alimentaire. mais rapprochant les horaires.

Comme *médication adjuvante*, on prescrira :

1°) *Les pansements gastriques* au sous-nitrate de bismuth pur et des boissons alcalines prises à jeun au moment de la poussée douloureuse, car, évidemment, ils apportent un soulagement notable au malade. Ce traitement fut institué par FLEINER dans les formes douloureuses des ulcères, et SURMONT pense que ce pansement provoque, par son action, une abondante sécrétion de mucus protecteur de la lésion ulcéreuse. En cas d'intolérance gastrique, on administre ce pansement par voie rectale, en lavement, ou goutte-à-goutte, ou par la sonde, ce qui peut provoquer des accidents, comme cyanose, refroidissement, collapsus. Normalement, on donne 10 à 20 grammes de bismuth dans un verre d'eau, par voie buccale, en immobilisant le malade dans une position déclive pour le siège présumé de l'ulcère; si ce dernier n'est pas connu, on alterne la position du malade, en la changeant toutes les quinze minutes.

2°) *Les anti-spasmodiques employés dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux* sont : la bella-

done, le sulfate d'atropine, la novocaïne, le bromure ou le salicylate de sodium, la bromistine-atropine-neutrasentine-belladone (ce dernier remède agit non seulement comme sédatif et anti-spasmodique, mais lutte aussi avec la constipation qui est un symptôme sinon habituel mais fréquent de l'ulcère).

Tels sont nos moyens de lutte contre l'élément « douleur » dans la maladie ulcéreuse gastro-duodénale et nous en passons bien d'autres.

Personnellement, nous avons vu des cas d'ulcère gastro-duodéal soignés par des injections intra-veineuses de novocaïne avec le sulfate d'atropine; étant donné les bons résultats obtenus par ce traitement dans plusieurs cas d'ulcère gastro-duodéal, nous en décrirons la technique :

Le sulfate d'atropine est utilisé à la dose de 1/2 à 1 milligramme et associé avec la novocaïne en solution à 1 % à la dose de 3 cc. à 5 cc. On peut faire séparément la cure avec ces deux remèdes. Avec ce mélange, on fait une série de quinze injections intra-veineuses, une tous les deux jours, d'une façon lente, pour éviter une dépression nerveuse ou cardio-vasculaire; la durée de l'injection sera de 75 secondes pour 5 cc. et 2 minutes 1/2 pour 10 cc. (s'il s'agit de novocaïne à 1 %, non associée avec le sulfate d'atropine).

Les effets immédiats de l'injection sont les suivants : le faciès devient pâle, le malade est un peu excité, se plaint d'un état nauséux et de bourdonnements dans les oreilles; on constate également une baisse de tension artérielle (accélération chez les hypertendus), le pouls est accéléré, une légère polyurie se manifeste et le rythme respiratoire s'accélère; ces petits symptômes de réactivité du malade au traitement « sulfate d'atropine-novocaïne » sont naturellement sujets à variabilité selon le complexe personnel de chacun. On atténue ses réflexes, disons « immé-

diats », par l'adrénaline, qui remet les choses à la normale.

Les effets plus lointains des injections intra-veineuses de novocaïne-sulfate d'atropine sont : l'augmentation dans l'organisme de la réserve alcaline, l'augmentation du nombre des hématies et des leucocytes par spléno-contraction.

Nous avons constaté que l'état des malades atteints d'ulcère gastro-duodénal fut nettement amélioré par ce genre de traitement, cependant, nous n'oserions pas affirmer qu'ils furent guéris, car l'inconvénient de la clientèle hospitalière est que souvent elle ne se représente pas pour la révision de son état de santé, il nous est donc impossible d'avoir des précisions sur l'état actuellement positif ou négatif de notre traitement.

Passons donc à *d'autres traitements de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale* : certains auteurs ont obtenu de bons résultats en traitant ce mal par l'*insuline*, associée à un régime riche en hydro-carbonés; ils proposent une injection de 10 unités d'insuline à faire trente minutes avant le repas de midi et de donner, aussitôt après, un bol de lait sucré, en continuant les injections de 20 unités chacune, à raison de deux fois par semaine.

Les adeptes de cette méthode pensent que l'insuline a une action cicatrisante sur la plaie ulcéreuse, qu'elle agit sur les parois des vaisseaux artériels; on invoque également l'action d'une choline hypotensive extraite de l'insuline, réaction vago-motrice-sympathique, comme aussi l'augmentation de l'alcalinité des humeurs de l'organisme sous l'influence insulinique, car, pour certains auteurs, l'ulcère est attribué à une diminution de cette alcalinité dans le sang.

N'ayant pas constaté « *in vivo* » les bienfaits du traitement des ulcères gastro-duodénaux par l'insuline,

il nous est impossible de donner notre opinion à ce sujet; nous nous contenterons donc de mentionner simplement l'existence de cette cure.

Parmi les autres *thérapeutiques médicales* employées dans les cas de la *maladie ulcéreuse gastro-duodénale*, citons, en plus le *bicarbonate de soude* en doses massives, comme *traitement classique* pour combattre l'acidité du suc gastrique, l'*extrait para-thyroïdien*, dont certains auteurs ont obtenu de bons résultats par l'application de ce produit en injections sous-cutanées.

La *protéinothérapie* prend en France, avec la *vaccinothérapie*, une place importante, avec R. GUTMANN, qui obtient de nombreuses réussites dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux avec la *peptone de caséine*.

Dans le même domaine, la Suisse se sert d'une association de produits, comme « *la rostidine* » et « *le redoxon* », spécialités gastriques qui donnent, paraît-il, de bons résultats dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux.

Le *traitement* de la *maladie ulcéreuse gastro-duodénale* par l'*histamine* et l'*histaminase*, ainsi que l'*histidine*, est actuellement d'usage courant et comporte des résultats variables suivant les auteurs qui l'appliquent.

La Suisse, dans ses hôpitaux et polycliniques, se sert de préférence du « *Robuden* », dont les essais nous ont paru fort curieux et, à ce titre, nous nous permettons de citer l'article de M. MAMIE, (*Revue Médicale de la Suisse Romande*, 25 juillet 1948, 7, 418 et suite) sur le *Robuden*; l'auteur nous explique que ce produit est constitué par les extraits totaux d'estomacs et d'intestins; il est présenté, soit sous forme injectable, soit en dragées et utilisé pour les deux types d'ulcères : gastrique et duodénal.

D'après M. MAMIE, ce serait un traitement très actif de la poussée ulcéreuse gastrique ou duodénale; employé en injections, il donne, au bout de six à sept piqûres une amélioration nette des symptômes subjectifs : les douleurs, les crampes quotidiennes disparaissent et les niches ulcéreuses s'effacent en deux à trois semaines. L'état général s'améliore et le poids du malade augmente. On a également constaté l'action régulatrice du Robuden sur le taux d'acidité gastrique, mais, précise l'auteur, cette action n'est manifeste qu'en cas d'ulcères récents, dont l'évolution ne remonte pas à plusieurs années. Dans le cas *des récidives* ulcéreuses gastro-duodénales, il semble que les troubles sont rapidement diminués dans le même laps de temps, que lors de la première poussée.

Tout en assurant une certaine protection contre les récidives, le Robuden est un traitement de longue durée lors de la poussée : elle sera de quatre à six semaines avec reprise régulière les mois suivants.

On prescrit alors au malade, les dix premiers jours de chaque mois, trois dragées par jour, tout en le surveillant.

L'action du Robuden n'exclut d'ailleurs pas la lutte contre d'autres facteurs favorisant les dystonies neuro-végétatives, tels que les foyers infectieux, les traumatismes psychiques, les carences en fer ou en vitamines, etc..., etc...

Aux Etats-Unis, c'est « *l'Entérogastone* » qui supprime le Robuden de la Suisse; la différence entre le produit américain et suisse consiste en ce que *l'Entérogastone* est une molécule d'albumine, tandis que les solutions de Robuden sont désalbuminées.

Les résultats obtenus par ces traitements sont en voie de vérification pratique en France, c'est pourquoi il nous a paru intéressant de les signaler.

Actuellement, *le traitement hormonal des ulcères*

gastro-duodénaux prime, surtout à l'étranger, la protéinothérapie.

L'action des hormones sur l'appareil neuro-végétatif et endocrinien fut démontrée en 1937 par KORBSCHE et CZEPAŁ; ces auteurs signalent l'action des *hormones sexuelles* dans la formation ou non-formation des ulcères gastro-duodénaux, par exemple, manque d'ulcère g.-d. chez des femmes enceintes, grâce à l'action de la folliculine, etc... C'est ainsi, également en Suisse, que furent appliqués les extraits de l'hormone mâle, ou *Pérandrène*, et les extraits de l'hormone femelle, ou *Ovocycline*.

Les auteurs suisses ont constaté que l'application combinée des deux hormones sexuelles donne de meilleurs résultats dans le *traitement des ulcères gastro-duodénaux*, et l'ont mise en pratique.

Les résultats obtenus démontrèrent que l'état général des malades s'améliora nettement après la cure et, chose curieuse à noter, *l'état psychique bénéficia spécialement de ce remède*.

Le Pérandrène et l'Ovocycline, employés séparément, au début des essais de la cure, ont présenté les inconvénients suivants : chez la femme, le traitement par l'Ovocycline seule doit être interrompu huit à dix jours avant ses règles, dont elle trouble la marche; chez l'homme, l'emploi du Pérandrène est encore plus délicat, car il cause des troubles diminuant sa puissance sexuelle.

Un grand progrès dans la thérapeutique ulcéreuse gastro-duodénale fut réalisé par l'introduction dans ce domaine du « *Percortène* », en 1942, par KÖHLER et FLENCKENSTEIN.

Hormone cortico-surrénale de synthèse, comme la folliculine et la progestérone, de par sa composition chimique, la Percortène est en relations physiologiques étroites avec les autres substances endocrines, surtout

avec les hormones sexuelles et l'insuline, ce qui explique son action sur les ulcères gastro-duodénaux, comme celle constatée par l'emploi des hormones sexuelles. Les auteurs précités présentent soixante-dix cas traités par la Percortène, en supprimant d'autres adjuvants de la cure, comme repos au lit, régime, atropine, etc...

KÖHLER et FLENCKENSTEIN constatent, après deux à trois jours d'application du remède, la disparition des douleurs chez les ulcéreux, et une semaine plus tard, au contrôle radiologique, la diminution de la niche; après trois semaines de cure, sa disparition totale.

Au total, la guérison des malades, pour ces auteurs, s'opérait de la façon suivante : l'ulcère simple de l'estomac demandait sept à quatorze jours de traitement par la percortène, l'ulcère du duodénum, de dix à vingt-quatre jours, tous ces résultats, vérifiés par les R. X.

En plus, sous l'influence de ce traitement, les douleurs des malades régressent et disparaissent en quelques jours, l'appétit et le poids augmentent, l'état psychique s'améliore et l'humeur du sujet est plus constante. Aucun trouble fonctionnel génital n'accompagne le traitement, comme c'est le cas avec des hormones sexuelles. Le *Percortène* sert aussi de *diagnostic différentiel* pour les auteurs, entre l'ulcère et la tumeur maligne : si malgré l'administration quotidienne de 20 à 30 milligrammes de Percortène, après dix à quatorze jours à l'examen radiologique, la niche reste sans changement, on peut diagnostiquer une tumeur maligne ou un cancer primitif.

Et nous résumons : *l'hormonothérapie moderne a un avenir plein de promesses dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux.*

Dans les sept cas de malades observés par nous et atteints de la maladie ulcéreuse gastro-duodénale, nous

étions à même de constater quatre améliorations nettes par l'application du traitement « novocaïne-sulfate d'atropine », deux récidives et une mort foudroyante chez une ancienne opérée, récidivante avec survie de trois ans.

De notre modeste bilan d'expériences personnelles nous tirons les conclusions ci-dessous.

CONCLUSIONS

De l'étude faite sur *la thérapeutique moderne des ulcères gastro-duodénaux*, nous arrivons aux conclusions suivantes :

I. — *La fréquence* des ulcères gastro-duodénaux, après la récente guerre, a créé *la nécessité de nouvelles recherches* dans le domaine de la pathologie humaine et, par conséquent, a mis à la disposition des praticiens *des thérapeutiques médicales nouvelles* pour calmer, voire guérir, la souffrance des malades et les faire revenir à la vie normale active en grand nombre.

II. — *Plus que jamais, la thérapeutique médicale* des ulcères gastro-duodénaux *doit être associée à l'acte chirurgical* et, s'il le faut, *le précéder et le suivre*, tout en gardant son indépendance, comme *moyen de lutte précoce contre la maladie ulcéreuse gastro-duodénale*.

III. — Dans *l'application* de telle ou telle autre méthode *de traitement médical* dans les ulcères gastro-duodénaux, nous devons nous baser *sur la précocité du diagnostic* à établir et *sur l'état individuel* de l'organisme malade car, plus les lésions sont jeunes, plus le sujet est résistant, *l'action du traitement sera pour autant meilleure et les chances de guérison plus probantes*.

IV. — Autant que possible, *la révision et le contrôle* des malades *doivent être faits systématiquement*.

Vu, le Doyen : Vu, le Président de Thèse :
BINET DE GENNES

Vu et Permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :
SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- ALBOT (G.), BEAUJEARD (G.) et YCRE (R.). — De la valeur de la folliculine dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux. (*Arch. des Mal. de l'App. Dig. et de la Nutrition*, septembre-octobre 1943.)
- ALBOT (G.), GORDET (G.) et YCRE (R.). — Essai de traitement des ulcères gastro-intestinaux par des infiltrations du sympathique dorsal et du splanchnique. (*Presse Médic.*, 24 juillet 1943.)
- ALBOT (G.), TRICARD (A.) et LIBAUDE (H.). — Traitement des ulcères gastro-duodénaux par des injections intra-veineuses d'autolysat de staphylocoques et de *Bacillus prodigiosus*. (*Arch. des Mal. de l'App. Dig. et de la Nutr.*, mars-avril 1944.)
- AMEUILLE (P.). — La novocaïne intra-veineuse. (*Progrès Médic.*, 10 décembre 1945.)
- ARON (E.). — Considérations sur les traitements médicaux de l'ulcère gastro-duodénal. (*Journ. Belge de Gastro-Entérologie*, juin 1937.)
- BARILLAS (P.). — Orientation moderne de la thérapeutique de l'ulcère gastro-duodénal. (*Vita Nuova*, 15 août 1930.)
- BÉCO (de L.). — L'ulcère gastro-intestinal. Son traitement. (*Pr. Méd.*, 5 mai 1934.)
- BEER (M.). — La thérapeutique de la maladie ulcéro-gastro-intestinale. (*Journ. de Médecine de Paris*, 18 mai 1939.)

- BERNAY (P.) et FAURE (G.). — Café décaféiné et tabac dénicotinisé en diététique gastrique. (*Arch. des Mal. de l'App. Dig. et de la Nutrition*, octobre 1937.)
- BICKEL (A.). — Remarques sur le traitement médical de l'ulcère gastro-duodénal. (*Schweitzerische Medizinische Wochenschrift*, 19 mai 1945.)
- BUSSON (A.). — Du traitement médical des ulcères gastro-duodénaux. (*Bull. Méd.*, 24 novembre 1934.)
- CADE (A.) et BARRAL (Ph.). — L'insulinothérapie dans les ulcères gastro-duodénaux. (*Journ. Médic. Fr.*, mars 1933.)
- CARNOT (P.) et GACLINGER (H.). — La pathologie digestive en 1946. Les injections intra-péritonéales de novocaïne, douleurs ulcéreuses rebelles. (*Paris Médical*, 1946.)
- CARVAILLO. — Essai de traitement de l'ulcère gastro-duodénal par des injections prélevées au décours d'une crise ulcéreuse du sérum. (*Arch. des Mal. de l'App. Dig. et de la Nutrition*, n° 8, 1939.)
- CHATON. — De l'utilisation du bromure dans le traitement des plaies ulcéreuses et des ulcus. (*Progrès Médic.*, 24 décembre 1944.)
- CHIRAY (M.), DEBRÉ (Ch.), PARROT (J.-L.) et RICHET (G.). — Traitement des ulcères gastro-duodénaux par un anti-histaminique. (*Sem. des Hôp. de Paris*, 14 juin 1945.)
- DANÈS (Dr.). — Le traitement des ulcères gastro-duodénaux. (*Journ. des Soc. Méd. de Lille*, 2 septembre 1945.)
- DELORT (M.). — Traitement des ulcères de l'estomac et du duodénum. (*L'Hôpital*, mars 1938.)
- DEMOLE (M.) et GUYE (P.). — La cortine dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal. (*Praxis*, 15 juillet 1943.)
- DEVOTO (L.). — Le traitement des ulcères gastro-duodénaux. (*Gaz. des Hôp.*, 22 novembre 1933.)
- DURAND (G.). — Etat actuel du traitement de l'ulcère gastro-duodénal. (*L'Hôpital*, février 1944.)

FABRE (P.). — Traitement des ulcères digestifs. (*Toulouse Médical*, janvier 1945.)

FILIPPI (M.). — Renouveau des méthodes de choc dans la crise ulcéreuse gastrique. (*Echo Médical du Nord*, mars 1944.)

— Le sulfate de magnésie intra-veineux dans la crise ulcéreuse gastrique. (*Concours Médical*, 14 avril 1944.)

— Modalités actuelles du traitement d'attaque de l'ulcère gastrique. (*Concours Médical*, 20 septembre 1945.)

FROMENT (P.). — Le traitement des ulcères gastro-duodénaux. Paris, Baillière, 1935.

FRUICIER (P.). — Neutralisation de l'acidité gastrique dans le traitement de l'ulcus. (*La Clinique*, 20 avril 1946.)

GACHLINGER (H.). — La vitamine C dans le traitement de l'ulcus gastro-duodénal. (*La Clinique*, mai 1939.)

GIRAULT (A.). — La vaccinothérapie dans l'ulcus. (*Journ. Méd. Franç.*, mars 1933.)

GLAESSNER (K.). — Organothérapie dans l'ulcus duodénal. (*Pr. Méd.*, 13 janvier 1932.)

GUICHARD (A.), ROCHE (L.) et MOINECOURT (J.). — Histaminémie. Anti-histaminiques de synthèse et les ulcères gastro-duodénaux. (*Presse Médic.*, 18 septembre 1943.)

GUTMANN (R.-A.). — Traitement médical et chirurgical dans les ulcères gastro-intestinaux. (*Presse Médicale*, 26 mai 1945.)

HARVIER (P.) et PERRAULT (M.). — La thérapeutique en 1943. Les infiltrations novocaïniques du splanchnique et du sympathique lombaire dans les ulcères gastro-intestinaux et la constipation. (*Paris Médical*, 30 novembre 1943.)

HAZARD (R.). — Notions actuelles sur les actions physiologiques de la novocaïne et ses applications théoriques. (*Progrès Médic.*, 10 décembre 1945.)

KORBSCH (R.). — Le traitement des ulcères gastro-duodénaux par les hormones sexuelles. (*Deut. Med. Woch.*, 6 août 1943.)

- LAMBLING (A.). — Les médications parentérales de la maladie ulcéreuse. (*Arch. des Mal. de l'App. Digest. et de la Nutrition*, mai-juin 1944.)
- LANDAU (A.) et HEJMAN (W.). — Sur l'efficacité des injections intra-veineuses de bromure de sodium et de sulfate d'atropine dans le traitement de l'ulcère gastro-duodénal. (*Pr. Méd.*, 20 octobre 1937.)
- LARIZZA (P.) et PAVESI (A.). — La thérapeutique des ulcères gastro-duodénaux par l'hormone folliculaire. (*Extr. des Ann. de B. Merck*, 1942.)
- LOEPER (M.). — (Article dans le *Journal Médic. Fr.*, mars 1933.)
— (Article dans *La Vie Médicale*, mai 1941.)
- LOEPER (M.), DEBRAY (M.), MICHAUX (L.) et SAINTON. — Le traitement de l'ulcus par des injections hypodermiques de pepsine. (*Presse Médicale*, 29 octobre 1930.)
- MANGINELLI (L.). — L'histidine dans la thérapeutique gastrique : résultats et mécanisme d'action. (*Arch. des Mal. de l'App. Digest. et de la Nutrition*, mai 1935.)
- MOUTIER (F.). — Etude gastroscopique de l'ulcère. (*Presse Méd.*, 17 mai 1932.)
— L'ulcère dormant. (*Arch. des Mal. de l'App. Digest. et de la Nutrition*, décembre 1933 et juillet 1938.)
— (Article des *Arch. des Mal. de l'App. Digest. et de la Nutrition*, n° 9, 1939-1940.)
— Traitement de l'ulcère gastro-duodénal par l'association bromure-atropine en injection intra-veineuse. (*Arch. des Mal. de l'App. Digest. et de la nutrition*, mars-avril 1944.)
- OURY (P.), BENSAUDE (A.) et BROSSARD (J.). — Les injections intra-veineuses d'atropine et de novocaïne dans les syndromes douloureux digestifs. (*Presse Méd.*, 31 août 1946.)
- PARTURIER-LANNEGRACE. — Statistiques personnelles dans le traitement des ulcères gastro-duodénaux par infiltration du

- sympathique dorsal et des splanchniques. (*Arch. des Mal. de l'App. Dig. et de la Nutrition*, septembre-octobre 1943.)
- PERRIER (E.-A.), FAUREL (J.). — Traitement des ulcères gastro-duodénaux par les infiltrations splanchniques. (*Arch. des Mal. de l'App. Dig. et de la Nutrition*, mai-juin 1943.)
- PIERRE. — Le traitement des ulcères peptiques par la novocaïne. (*Thèse de Paris*, 1944.)
- RACHET (J.). — Traitement médical ou chirurgical des ulcères gastro-duodénaux. (*Arch. des Mal. de l'App. Dig. et de la Nutrition*, mars-juin 1945.)
- ROUHIER (G.), FUCS (H.), BENEDETTI (M.). — Ulcère typique du bulbe duodénal guéri cliniquement et chirurgicalement par les injections intra-veineuses de novocaïne-atropine. (*Mém. de l'Acad. de Chir.*, t. 73, 15-22 janvier 1947.)
- SIEGLER (E.). — Valeur comparée des divers traitements médicaux de l'ulcère gastro-duodénal. (*Thèse de Paris*, 1937.)
- SOUFAULT (R.). — Note sur la fréquence actuelle des ulcères gastro-duodénaux multiples. (*Arch. des Mal. de l'App. Dig. et de la Nutrition*, novembre-décembre 1942.)
- TRAISSAC (F.-J.). — Le traitement médical des ulcères gastro-duodénaux. (*Journ. de Méd. de Bordeaux et du Sud-Ouest*, 15 octobre 1941.)
- VERNET (A.). — La duodénite non ulcéreuse. (*Thèse de Paris*, 1942.)
- WINCKELSTEIN (A.). — Le traitement moderne de l'ulcère gastrique. (*Bull. of the New-York Academy of Medic.*, 29 février 1944.)
-

IMPRIMERIE
R. FOULON
29, Rue Deparcieux, 29
PARIS (XIV^e)
